

**SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTO**

PATIENT SAFETY IN ADULT INTENSIVE THERAPY UNIT

Roberta Weschenfelder¹; Paula Michele Lohmann^{1,2}

¹ Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, RS, Brasil

² Rua Avelino Talini, 171, Bairro Universitário, Lajeado/RS, Brasil. CEP: 95914-014. Fone: 3714 – 7000. E-mail: paulalohmann@univates.br.

SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

PATIENT SAFETY IN ADULT INTENSIVE THERAPY UNIT

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

RESUMO

Justificativa e objetivo: A segurança do paciente é uma questão ética do cuidado de enfermagem, que deve ser realizado da melhor maneira possível, a fim de promover e cooperar na prevenção e diminuição de ocorrência de erros. Este trabalho tem por objetivo identificar as práticas assistenciais da equipe de enfermagem para a segurança do paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital de médio porte localizado no interior do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Participaram do questionário dez profissionais da unidade utilizando-se um instrumento contendo 14 perguntas, sendo que se utilizou da Análise de Conteúdo de Bardin para identificar os pontos focais das informações coletadas. **Resultados:** Na análise dos dados emergiram tres categorias, as quais descrevem os principais achados. Os enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva se deparam diariamente com diagnósticos de pacientes graves, e estes têm um papel importante na sobrevida de indivíduos enfermos, sendo que podem ser oriundos de diversos fatores. **Conclusão:** Conclui-se que é necessário ações mais abrangentes onde sejam adotadas medidas de prevenção de eventos. Pois ainda existe a necessidades de estimular a segurança do paciente e discutir junto com a equipe de enfermagem estratégias efetivas sobre o tema.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Cuidado de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Background and Objectives: Patient safety is an ethical issue in nursing care, which should be carried out in the best possible way, in order to promote and cooperate in preventing and reducing the occurrence of errors. This study aims to identify the nursing team's nursing care practices for patient safety in an adult intensive care unit of a mid-sized hospital located in the interior of Rio Grande do Sul. **Methods:** This is a cross-sectional study, descriptive, exploratory qualitative approach. Ten professionals of the unit were interviewed using an instrument containing 14 questions, using the Bardin Content Analysis to identify the focal points of the information collected. **Results:** Data analysis revealed three categories, which describe the main findings. The nurses of the Intensive Care Unit are faced daily with diagnoses of severe patients, and these have an important role in the survival of sick individuals, and can come from several factors. **Conclusion:** It is concluded that more comprehensive actions are needed in which events prevention measures are adopted, since there is still a need to stimulate patient safety and discuss with the nursing team effective strategies on the subject.

Keywords: Patient safety; Nursing Care; Intensive Care Units.

RESUMEN

Justificación y objetivo: La seguridad del paciente es una cuestión ética del cuidado de enfermería, que debe ser realizada de la mejor manera posible, a fin de promover y cooperar en la prevención y disminución de ocurrencia de errores. Este trabajo tiene por objetivo identificar las prácticas asistenciales del equipo de enfermería para la seguridad del paciente en una Unidad de Terapia Intensiva adulto de un hospital de mediano porte ubicado en el interior del Río Grande del Sur. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, exploratorio de enfoque cualitativo. Se entrevistó a diez profesionales de la unidad utilizando un instrumento que contenía 14 preguntas, siendo que se utilizó del Análisis de Contenido de Bardin para identificar los puntos focales de las informaciones recolectadas. **Resultados:** En el análisis de los datos surgieron tres categorías, las cuales describen los principales hallazgos. Los enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva se enfrentan diariamente con diagnósticos de pacientes graves, y estos tienen un papel importante en la supervivencia de individuos enfermos, pudiendo ser oriundos de diversos factores. **Conclusiones:** Se concluye que es necesario acciones más amplias donde se adopten medidas de prevención de eventos, pues aún existen las necesidades de estimular la seguridad del paciente y discutir junto con el equipo de enfermería estrategias efectivas sobre el tema.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Cuidado de enfermería; Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como “a redução do risco de danos desnecessários durante os processos assistenciais e uso das boas práticas para alcançar os melhores resultados para o cuidado de saúde”.¹

No mesmo sentido, a OMS no intuito de esclarecer, difundir e ampliar a compreensão sobre a segurança do paciente estabelece a definição de incidentes: “incidentes com dano, também denominados Eventos Adversos (EA) são aqueles não relacionados à evolução natural da doença de base, podendo ser incapacitantes”. Tal definição, remete ainda à mensuração do tempo de internação e custo oriundo de tal período e terapêutica empregada, no seguinte trecho: “[...] levar ao aumento do tempo e custo de internação, bem como da mortalidade”, bem como define incidentes sem danos como aqueles que não acarretam lesões mensuráveis ou prolongamento do tempo de internação.¹

O tema segurança do paciente começou a gerar várias discussões durante a hospitalização do mesmo e foram impulsionadas após a publicação do relatório americano “To err is human: building a safer health care system”, podendo ser traduzido ao português como: “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, no ano 2000. Tal

relatório aponta que mundialmente milhões de pessoas sofrem lesões e mortes decorrentes das práticas de saúde, através deste, os resultados demonstram a ocorrência de 2,9 a 3,7% de EA durante o cuidado realizado e revelou a que 44.000 a 98.000 mortes poderiam ser prevenidas por ano, como resultado da assistência segura, o que gerou preocupação.²

Outro relatório que impulsionou os estudos para a segurança do paciente foi “An Organization with a Memory”, traduzido ao português como: “Uma Organização com Memória”, produzida pelo Diretor Médico Chefe do Governo do Reino Unido em 2000. No relatório é reconhecido que o erro é rotina durante os cuidados à saúde e em muitos casos o dano é grave e pode vir a ser fatal.³

No Brasil em um estudo descritivo realizado no período 2006 a 2011, para identificar a ocorrência e características dos casos de EA notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Demonstrou a ocorrência de 37.696 casos de incidentes envolvendo medicamentos, com maior frequência em pacientes na faixa etária de 70 anos ou mais.⁴

As discussões sobre o tema configuram uma tendência mundial e tem sido frequentemente abordado pela mídia questões que envolvem esta temática, principalmente nos cuidados oferecidos em ambiente hospitalar, devido ao custo assistencial e modelos de gestão baseados em credenciações internacionais.⁵ Tendo em vista as informações elucidadas anteriormente, em razão do alto nível de complexidade e do número de procedimentos realizados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) as possibilidades de que ocorram eventos adversos e riscos de morte estão cada vez mais presentes durante o dia a dia assistencial.⁶

O conceito mais difundido sobre a UTI é de que as mesmas são unidades destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de riscos que necessitam de atendimentos médicos e de enfermagem ininterruptos e recursos humanos especializados.⁷ Diante à complexidade dos pacientes que são atendidos na UTI, o cuidado intensivo deverá ser prestado de maneira rápida, envolvendo diversos procedimentos. Neste sentido, a unidade requer um número elevado de profissionais, além de aperfeiçoamento profissional constante, investimento em boa comunicação, atenção ao trabalho em equipe, clima de segurança e satisfação das atividades realizadas.^{8,9}

A avaliação do grau de danos à ocorrência de erro e EA ao paciente na UTI torna-se difícil, pois esse paciente dispensa de um tempo maior de hospitalização. Assim a segurança do paciente também pode relacionar-se a estes fatores.¹⁰ A equipe de enfermagem que presta

assistência na UTI precisa estar preparada para as dificuldades cotidianas, relacionadas à complexidade da assistência e a cobranças dos pacientes e familiares, equipe multiprofissional e instituição. Um fator que pode dificultar a notificação é que ao ocorrer o erro poderá gerar sentimento de frustração e vergonha ao profissional.¹¹

Portanto percebe-se que a segurança do paciente é um dos atributos ou dimensões da qualidade dos serviços de saúde. Estudos têm demonstrado que a segurança do paciente está diretamente envolvida com as necessidades e expectativas dos usuários desses serviços. O serviço de saúde só pode ser de qualidade se os riscos de dano ao paciente forem reduzidos e controlados, por meio de uma assistência resolutiva e profissionalis capacitados.^{12,13}

Deste modo a questão norteadora para o estudo foi: Qual o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o sistema de segurança do paciente em uma UTI adulto? Considerando-se que objetiva-se identificar as percepções da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em uma UTI adulto de um hospital de médio porte localizado no interior do Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. Pautado por categorias temáticas e realizado com a equipe de enfermagem da UTI Adulto de um hospital geral do interior do Rio Grande do Sul.

Os participantes da pesquisa consistiram de dez profissionais da equipe de enfermagem, constituindo-se de oito técnicos de enfermagem e dois enfermeiros, sendo que destes, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Os critérios de inclusão foram os profissionais com a formação de nível técnico de enfermagem e superior em enfermagem, com mais de seis meses de atuação na unidade de UTI adulto. Foram excluídos os profissionais que estavam em período de férias, licença à maternidade e saúde. E aqueles que não possuíam a formação pretendida nos critérios de inclusão e com atuação inferior a seis meses na unidade de UTI adulto.

O levantamento ocorreu por meio da aplicação de um questionário desenvolvido pelos pesquisadores, que continha 14 perguntas abertas e descritivas que abordavam as questões do estudo. A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2018, sendo que os participantes tiveram um prazo de 30 dias para responder ao questionário e

retornar ao pesquisador. Os questionários foram aplicados em vias impressas e recebidas em tal formato para análise dos pesquisadores.

Em posse dos questionários devolvidos, os pesquisadores procederam à leitura e análise do instrumento, realizando assim, a organização das respostas. Nessa etapa, os dados foram submetidos a tratamento metodológico, consistindo em ordenação, classificação e análise final por pontos focais conforme preconizado pela Análise de Conteúdo de Bardin.¹⁴ Durante toda a análise dos dados garantiu-se o anonimato dos participantes por meio da denominação “E” para enfermeiro e “T” para técnico de enfermagem, acrescida da numeração de 1 a 10.

Os preceitos éticos foram respeitados utilizando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi aplicado na entrega dos questionários, ficando em duas vias assinadas de igual teor, uma ao participante e outra ao pesquisador. A pesquisa obteve ainda, autorização por meio da instituição hospitalar alvo de estudo, que lhe ofereceu uma carta de anuência. Ainda assim, pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Taquari – Univates (COEP – Univates), sob o parecer consubstanciado nº 91133518.8.0000.5310. Respeitou-se também, os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que define os critérios éticos para pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas assistenciais da equipe de enfermagem na UTI adulto relacionadas à segurança do paciente revelaram as percepções dos profissionais sobre o tema, emergindo três categorias analíticas, sendo a primeira: Principais atividades que a equipe de enfermagem realiza diariamente e a segurança do paciente; a segunda denominada: Características da cultura de segurança na UTI e o trabalho da equipe de enfermagem; e a terceira: Percepção e estratégias para a segurança do paciente.

Principais atividades que a equipe de enfermagem realiza diariamente e a segurança do paciente

A assistência a pacientes em situações de saúde cada vez mais críticas, necessita de

cuidados individuais e complexos. E isto requer novos conhecimentos e atitudes dos profissionais da saúde frente às mudanças tecnológicas, implicando na alteração no seu processo de trabalho. Essas alterações nos processos de trabalho foram criadas pela necessidade de melhorias e concentração de materiais e recursos humanos que ofereçam uma sobrevida aos pacientes atendidos na unidade. Neste sentido, a UTI é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, que se destina ao atendimento de pacientes que necessitam de cuidados contínuos.¹⁵

Em relação às atividades realizadas diariamente pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente na UTI adulto, os participantes da pesquisa responderam como sendo:

“Gerencia, administração da unidade, revisão de processos, rotinas, treinamentos e escalas.” E1

“Realização de escalas (ECA, NAS), gerenciamento da equipe de enfermagem, realização de curativos, avaliação e evolução de pacientes.” E2

“Realizo atividades para higiene do paciente, higiene oral/corpórea bem como monitorização clínica, acompanhamento dos sinais vitais, aplicação de medicação prescrita, cuidados intensivos que o quadro clínico exige, realizo escuta e orientação a familiares entre outras atividades pertinentes.” T5

Os enfermeiros são responsáveis pela gerência das unidades, atividade esta que consiste na previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço. Contempla ainda a gerência do cuidado que abrange o diagnóstico, o planejamento, a execução e a avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe de enfermagem.¹⁵ Sendo assim o enfermeiro na área de UTI possui diversas funções, desde a coordenação clínica e funcional da unidade, a educação junto à equipe de enfermagem, e atividades voltadas para o paciente e seu familiar.

A equipe de enfermagem que atua em UTI apresenta um perfil técnico diferenciado. Existem profissionais de enfermagem bem treinados o que viabiliza um adequado funcionamento do serviço, no qual se refere à implementação dos cuidados de enfermagem, necessários em pacientes em estado grave ou crítico. O planejamento da assistência é feita por enfermeiros e as rotinas estão bem estabelecidas. A execução dos cuidados de enfermagem segue uma escala previamente elaborada, com divisão de tarefas entre os profissionais da equipe.¹⁷

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na Resolução 293 de 2004 fixa e

estabelece os Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde, ao serviço de enfermagem: aspectos técnicos e científicos e administrativos. Buscando ainda, a dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; método de trabalho; carga horária semanal e indicadores de qualidade gerencial e assistencial.¹⁸

Características da cultura de segurança na Unidade de Terapia Intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem

A cultura de segurança do paciente é fundamental para as bases de atitudes e valores individuais e coletivos de uma instituição, constituindo-se como atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento. Onde esta cultura apresenta como propriedades a liderança, o trabalho em equipe, a comunicação, a aprendizagem e o cuidado centrado no paciente.¹⁹

A administração de medicamentos considerada uma das tarefas mais importante para a equipe de enfermagem. Para a sua execução é necessário vários princípios científicos associados a um sistema de medicação seguro que sejam aplicados, juntamente com processos desenvolvidos para dificultar o surgimento de erros.²⁰ A probabilidade de morte em pacientes hospitalizados, devido ao erro por medicação, é três vezes maior do que as resultantes de acidentes automobilísticos.²¹

O panorama dos eventos adversos nos hospitais brasileiros, em um estudo realizado em 2009, com o objetivo de identificar os EA na assistência de enfermagem em uma UTI, verificou uma média mensal de 55 erros, sendo os mais frequentes os erros relacionados à administração de medicamentos (51%); anotações de enfermagem (24%); artefatos terapêuticos e diagnósticos (15%) e procedimentos não realizados (10%).²²

Nesta temática os profissionais expressam que o cuidado, a atenção, e a concentração no momento da administração de medicamentos são medidas implantadas para evitar o erro e promover o cuidado seguro na UTIA. Como exemplificam os fragmentos abaixo:

“Para evitar erros na administração o paciente é identificado com pulseira de identificação contendo o número do prontuário, e só é administrado o medicamento quando for bipado o medicamento, e pulseira que fica no pulso do paciente. Todas as bombas devem conter identificação.” T2

“Na UTI os erros de medicação não são comuns pois nossos protocolos de administrar são rigorosos, todas as medicações são e devem estar identificadas, e checagem na pulseira do paciente bem como identificação de bombas de infusão.” T8

Ao questioná-los sobre o que realizam frente a um erro na administração de medicamentos, os profissionais referiram que os mesmos não ocorrem com frequência, devido aos protocolos rigorosos que a instituição possui, observam-se abaixo relatos:

“Na UTI os erros de medicação não são comuns pois nossos protocolos de administrar são rigorosos, todas as medicações são e devem estar identificadas, e checagem na pulseira do paciente bem como identificação de bombas de infusão”. T8

“Imediatamente deve-se comunicar o enfermeiro e demais integrantes da equipe, para realizar então a notificação bem como manobras para reverter (se houver) dano ao paciente. Ressaltando que o intuito da notificação é educativo e não punitivo.” T5

Em contrapartida com o relato dos profissionais, a literatura aborda que a cultura de punir o profissional, dificulta que ele exponha o erro e ainda que medidas preventivas sejam implantadas. Por causa disso, somente 25% dos erros são relatados à instituição.²³

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), no Projeto Segurança do Paciente, afirma que os fatores humanos que contribuem para os erros são de caráter institucional, ambiental, conhecimentos/habilidades, psicológicos e fisiológicos. O mesmo descreve as situações que afetam na qualidade da prática de enfermagem e a segurança do paciente: “satisfação com o trabalho, quantidade de profissionais, segundo o tipo de categoria, trabalho em equipe, excessiva jornada de trabalho, lesões ocupacionais e violência contra o profissional”.²⁴

Percepção e estratégias para segurança do paciente

Os profissionais entrevistados manifestaram as suas percepções sobre a segurança do paciente na UTI adulto. Eles relataram a importância da segurança do paciente e compreendem que as rotinas durante o trabalho podem expor o paciente a situações perigosas. Eles se sentem ainda responsáveis em realizar um cuidado seguro e sem a presença de EA. Entretanto, mencionam que para melhorar a segurança do paciente a instituição aderiu a mudanças na assistência, conforme os registros a seguir:

“Os procedimentos e sistemas da unidade visam sempre na segurança do paciente, em pacientes entubados a atenção é redobrada para evitar pneumonia associada a ventilação. Cuidados diários que são bem importantes para o paciente.” T2

“Eu avalio como boa, mas acredito que sempre podemos melhorar treinamentos, capacitações e atenção na assistência faz com que tenhamos facilidade em proporcionar um cuidado seguro ao paciente.” T8

Existe a possibilidade de se apontar potencialidades e fragilidades através da análise adequada da cultura de segurança em cada instituição ou local de trabalho, e a partir destas,

serem articuladas estratégias para qualificá-las. Além de possibilitar a geração de segurança, pode-se aumentar a conscientização sobre questões de segurança do paciente, averiguar o estado das intervenções e acompanhar os resultados ao longo do tempo.²¹

Com relação às medidas adotadas na UTI para o controle de infecção hospitalar. Os trabalhadores expressaram que as boas práticas para o cuidado seguro dizem respeito à prevenção de infecção relacionada à higienização das mãos, à medidas de rotina de trabalho e que as práticas e cuidados possíveis são realizados no setor, como podemos verificar a seguir:

“Todos seguem as normas da ANVISA, trocas e cuidados bem estabelecidos” E1

“Para evitar infecções hospitalares, é dever sempre lavar as mãos antes e depois de cada procedimento e usar luvas descartáveis, torneirinhas com data de identificação e sempre protegidas, curativos com data e equipamentos, fazer assepsia de torneirinha com álcool antes de administrar medicamentos, coletor de diurese sempre protegido, respeitar a validade de equipamentos, acessos periféricos, curativo.” T2

Alguns estudos revelam que as infecções hospitalares representam as mais frequentes complicações do tratamento em UTI. Existindo uma preocupação grande por toda a equipe de enfermagem, com os riscos de infecção a que estão sujeitos os pacientes internados em UTI.¹⁷

Destacam-se como principais preocupações da equipe de enfermagem na prestação da assistência ao paciente em UTI o que se refere à questão da infecção. Bem como os fatores intrínsecos relacionados à doença motivadora da internação e imunodepressão e os fatores extrínsecos relacionados aos procedimentos invasivos, ao ambiente e qualidade dos cuidados.^{24, 25}

Neste sentido, o paciente crítico perde o contato direto com seus familiares. Fica temporariamente afastado da sua família, sociedade, e de suas atividades rotineiras. Passam situações de medo e angústia, que os deixam mais fragilizados e debilitados no seu estado emocional. O paciente precisa ser respeitado e atendido em suas necessidades e direitos, com individualidade, privacidade, presença da família e de profissionais que o acolham e o façam sentir-se o mais confortável possível.

Atualmente as más práticas assistenciais de saúde são resultantes de diversos fatores que influenciam na ocorrência de EA. Os resultados do estudo mostram que atualmente a segurança do paciente é um tema de grande valorização por diversos profissionais da UTI

adulto. Observa-se a preocupação da instituição em exercer uma assistência segura e livre de danos.

O estudo apresentou as principais práticas da equipe de enfermagem atrelada aos cuidados de diversos pacientes internados na referida unidade. Observou-se ainda a necessidade da implementação da promoção da saúde em prol da qualidade da assistência. Existe a importância da construção de cultura de segurança entre pacientes, gestores e demais profissionais, na busca de melhoria de resultados e reconhecimento de possíveis falhas no cuidado.

Tornou-se evidente que os enfermeiros participantes desta pesquisa minimizam os danos, executam ações mais abrangentes, adotam ações de prevenção de eventos agravantes, realizam notificação e participam e promovem treinamentos. Mas ainda existe a necessidade de estimular a segurança do paciente, discutir junto com a equipe de enfermagem estratégias de prevenção e promoção deste tema na instituição de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final technical report and technical annexes [Internet]. Geneva, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/publications/en/>>. Acesso em: 23 set 18.
2. SOUSA BVN, Santana RR, Santos MS et al. Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática. Rev. Cogitare Enferm. 2016; 21(01-10).
3. Organização Mundial da Saúde. Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição Multiprofissional, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/32/9788555268502-por.pdf>>. Acesso em: 07 mar 18.
4. Oliveira JR, Xavier RMF, Júnior AFS. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2013; 22(4): 671-678. doi: 10.5123/S1679-49742013000400013
5. Duarte SDCM, Queiroz ABA, Büscher A et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem,

2015; 23(6), 1074-1081. doi: 10.1590/0104-1169.0479.2651

6. Lima N, Santos VEP. Segurança do paciente na terapia intravenosa em unidade de terapia intensiva. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2016; 8(1), 3714-3724. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3714-3724
7. Nascimento KC, Tosoli Gomes AM, Lorenzini Erdmann A. A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2013; 47(1).
8. Mello JFD, Barbosa SDFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2013; 22(4), 1124-1133. doi: 10.1590/S0104-07072013000400031
9. Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H et al. The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *Journal of nursing management*, 2015; 23(3), 333-345. doi: 10.1111/jonm.12135
10. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, 2015; 68(1): 144-154. doi: 10.1590/0034-7167.2015680120p
11. Handler SM, Castle NG, Studenski SA et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Quality & Safety Health Care*, 2006; 15(6): 400-404.
12. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety, bmjqs-2010*. 2011. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040964
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
14. Greco RM. Relato de experiência: Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2004; 57(4).
15. Grande Cenedési M, Bernardino E, Ribeiro Lacerda M et al. Funções desempenhadas pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2012; 13(1).
16. Camelo SHH. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2012; 20(1), 192-200.
17. Inocenti Miasso A, Grou CR, Bortoli Cassiani SH et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Revista da Escola de*

Enfermagem da USP, 2006; 40(4).

18. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 293/2004, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Diário Oficial da União, Brasília, 2004.
19. Rigobello MCG, Carvalho REFLD, Cassiani SHDB et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta paulista de enfermagem, 2012; 25(5), 728-735.
20. Cassiani SHDB. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. Acta Paulista de Enfermagem, 2010; 23(6).
21. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN- RS). Seminário Paulista de Gestão SEPAGE/ 2011. Segurança do Paciente. Diferencial na imagem institucional. COREN/SP. [Internet] 2011. Disponível em: http://www.corensp.gov.br/sites/default/files/3_sepaga_seguranca_paciente.d. Acesso em: 02 mar 18.
22. Avelar AFM, Salles CLS, Bohomol E et al. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo; Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. 10 Passos para a Segurança do Paciente. São Paulo: COREN/SP; 2010. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em 23 set 18.
23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim Informativo. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA; 2011. [página na Internet]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>. Acesso em 24 set 18.
24. Pereira MS, Prado MA, Sousa JT et al. Controle de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva: desafios e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2000; 2(1). doi: 10.5216/ree.v2i1.679
25. Mezzaroba RM, Freitas VM, Kochla KRA. O cuidado de enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. Cogitare Enfermagem, 2009; 14(3).

NORMAS DA REVISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECCÃO

Link: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/index>

Diretrizes para Autores

O envio do artigo poderá ser em português, inglês ou espanhol e poderão ser aceitos a critério do Conselho Editorial. Os autores têm a responsabilidade de declarar conflitos de

interesse financeiros e outros, bem como agradecer todo o apoio financeiro ao estudo. Após a aprovação da versão final do manuscrito será solicitado aos autores a versão em inglês, caso haja interesse em publicação em língua inglesa.

A Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção não aplica taxas de submissão, publicação ou de qualquer outra natureza em seus processos, sendo um veículo científico voltado à comunidade científica.

Formato dos manuscritos:

1. Folha de rosto (enviar arquivo separado do manuscrito)

Título: O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Deve ser enviado em português e inglês.

Autor(es): O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es), afiliação de cada autor. Do autor correspondente solicita-se endereço, fone e e-mail.

Ex.: Joana da Silva¹

¹Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

2. Itens do Texto completo

Título

O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Deve ser enviado em português, inglês e espanhol.

Resumo

Contendo respectivos Abstract (inglês) e Resumen (espanhol).

Artigos originais: Deverão conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada com as seguintes seções: Justificativa e Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão.

Descritores (Palavras-chave)

Para todos os artigos, indicar de três a cinco Descritores. Recomenda-se a seleção dos descritores a partir do DeCS (Descritores em Ciência da Saúde da Bireme), disponível em <http://decs.bvs.br/>. Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de

indexação e recuperação de documentos científicos.

Abstract e Resumen

Artigos originais: Versão fidedigna do Resumo, em inglês e espanhol, com no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada com as seguintes seções: inglês = Background and Objectives, Methods, Results e Conclusion; espanhol = Justificación y objetivos, Métodos, Resultados e Conclusiones.

Keywords

Para todos os artigos, indicar de três a cinco Keywords, com a versão em inglês dos Descritores usados no Resumo, recomenda-se a utilização do DeCS – Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

Palabras clave

Para todos os artigos, indicar de três a cinco Palavras clave, com a versão em português dos Descritores usados no Resumo, recomenda-se a utilização do DeCS – Descritores em Ciência da Saúde da Bireme, disponível em <http://decs.bvs.br/>.

Texto

ARTIGOS ORIGINAIS: deverão ser divididos em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos e Referências. A informação referente ao nº do processo do Comitê ou Comissão de Ética da Instituição deverá constar nos Métodos. Deverão ter no máximo 4.000 palavras. Artigos originais deverão ainda conter no mínimo 10 e no máximo 25 referências. Poderão ser apresentadas no máximo 5 figuras e/ou tabelas que devem estar apresentadas no meio do texto.

Referências:

A RECI adota as “Normas de Vancouver”, disponível em <http://www.icmje.org>, como referência para aveiculação de seus trabalhos, para as abreviações de revistas buscar no Index Medicus/MedLine.

As referências devem ser dispostas no texto em ordem sequencial numérica, sendo obrigatória a sua citação, sobrescrita e sem parêntesis sempre no final do devido parágrafo após o ponto final, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de

referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16). Evitar a citação do nome do autor em destaque no texto.

As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os três primeiros autores, seguidos da expressão et al. para os demais.

Não se recomenda a citação de trabalho não publicado ou apresentado em eventos científicos. Referências com mais de cinco anos, de livros texto e resumo de congressos, devem limitar-se às que são fundamentais. Incluir referências acessíveis aos leitores. Quando a citação for de artigo já aceito para publicação, incluir “em processo de publicação”, indicando a revista e o ano. Comunicações pessoais não são aceitas.

Observe alguns exemplos:

Artigos de periódicos

1. Posma DM, Bill D, Parker RJ, et al. Cardiac pace makers: current and future status. Curr Probl Cardiol 1999; 24 (2):341-420.

2. Maron KJ, Proud I, Krev B. Hypertrophic cardiomyopathy. Ann Intern Med 1996;124(4):980-3.